



FICHA MEDICA DEL ALUMNO

DNI N°

DATOS DEL ALUMNO

FECHA / /

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento / /

Sexo M F

Edad:

Grupo Sanguíneo

 A B O

Factor RH

 + -

Obra Social

N° Afiliado

Plan

Tel.:

ESCUELA

Grado / Año

División

Turno

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Presenta plan de vacunación acorde a su edad? SI NO¿Presento alguna anomalía al nacimiento? SI NO ¿Cuáles?¿Está aún bajo tratamiento? SI NO Detalle¿Lo operaron alguna vez? SI NO ¿De qué?¿Sufrió algún accidente? SI NO Causa Tipo de lesión SecuelaEs alérgico a: Medicamentos SI NO DetalleAlimentos: SI NO Detalle Otros SI NO DetallePadeció de: SI NO Escarlatina SI NO Rubéola SI NO Varicela SI NO Mononucleosis SI NOPaperas SI NO Fiebre Reumática SI NO Hepatitis SI NO TipoDiabetes SI NO Migraña SI NO Asma SI NO Epilepsia SI NO Convulsiones SI NO Hipertensión Arterial SI NOFracturas SI NO Detalle Cardiopatías SI NO Detalle Fracturas¿Tuvo algún episodio de muerte súbita? SI NO Otros SI NO Detalle¿Está tomando medicaciones? SI NO ¿Cuáles?

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguien de su familia padece y/o padeció...

Hipercolesterolemia SI NO Diabetes SI NO Enfermedad Coronaria SI NO Depresión SI NO Muerte Súbita SI NOHipertensión Arterial SI NO Epilepsia SI NO Enfermedad Renal SI NO Obesidad SI NO Otros SI NO Detalle

Aclaraciones que el responsable considere importante:

Si posee dirección de mail detallela:

Firma Padre, Madre o Tutor _____

CONT. ANTROPOMETRICO

Talla

Peso

Signos Vitales

FC

FR

TA

Exámen Cardiológico

1° Ruido

3° Ruido

Soplos

2° Ruido

4° Ruido

Pulsos Periféricos

Firma y Sello Médico _____

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Certifico que en el día de la fecha el niño/a, cuya historia clínica queda en mi poder, se encuentra apto para realizar actividad física escolar, recreativa o deportiva de acuerdo con su edad y sexo.

.....de.....de 20.....

Firma y Sello Médico

OBSERVACIONES GENERALES:

CERTIFICADO BUCODENTAL

Certifico que el niño/niña se encuentra apto, luego de realizar el chequeo bucodental.

.....de.....de 20.....

Firma y Sello Médico

OBSERVACIONES GENERALES:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE

con _____ Tel/Cel: _____ E-mail: _____

con _____ Tel/Cel: _____ E-mail: _____